



RAPPORT DE JURY

CONCOURS INTERNE D'ASSISTANT MEDICO-ADMINISTRATIF -BRANCHE SECRETARIAT MEDICAL>>

Service des concours statutaires

Direction des ressources humaines

Références réglementaires :

Décret n° 2011-661 du 14 juin 2011 modifié portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière,

Arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours interne et externe

Arrêté du 20 octobre 2020 fixant les règles d'organisation générale, la nature et le programme des épreuves des concours externe et interne permettant l'accès au corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière.

Novembre 2025



SOMMAIRE >>

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
RAPPEL DES EPREUVES.....	3
1. EPREUVES D'ADMISSIBILITE.....	3
2. EPREUVES D'ADMISSION.....	4
LE CALENDRIER DE LA PROCEDURE	5
LE JURY	6
1. LA COMPOSITION DU JURY.....	6
2. LA NOTE DE CADRAGE	6
FORMATION DES CANDIDATS	7
LE DEROULEMENT DU CONCOURS.....	7
1. ADMISSIBILITE : EPREUVES ECRITES	7
2. ADMISSION : EPREUVES ORALES	8
STATISTIQUES	9
1. HISTORIQUE DU CONCOURS :.....	9
2. CONCOURS 2025 :.....	10
CONCLUSION	11

INTRODUCTION >>

Un concours interne sur épreuves est ouvert à l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris à compter du 02 février 2025.

Le nombre de postes est fixé à : **133**

RAPPEL DES EPREUVES >>

1. Epreuves d'admissibilité

Les épreuves d'admissibilité comprennent deux épreuves écrites, chacune d'une durée de trois heures.

1° Une épreuve écrite de cas pratique avec mise en situation s'appuyant sur un dossier documentaire remis au candidat, de 25 pages au plus, comportant des données administratives et médicales relatives aux patients.

Le dossier traite d'une problématique relevant du programme mentionné au **3 du I de l'annexe I** de l'arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours interne et externe permettant l'accès au premier grade du corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (durée : 3 heures ; coefficient 3) ;

Ce dossier comporte plusieurs questions, dont la définition de termes médicaux d'usage courant placés dans un contexte professionnel, précédées d'une présentation détaillée des attentes du jury destiné à mettre le candidat en situation de travail ;

2° Une épreuve constituée d'une série de six à dix questions à réponse courte portant sur le programme mentionné aux **1 et 2 du I de l'annexe I** de l'arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours interne et externe permettant l'accès au premier grade du corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (durée : 3 heures ; coefficient 2).

Ces épreuves visent à apprécier les connaissances générales, les qualités de réflexion et de synthèse du candidat. Ne peuvent être déclarés admissibles les candidats ayant obtenu une note inférieure à 5 sur 20 à l'une des épreuves. Les candidats ayant obtenu pour les deux épreuves écrites un total de points fixé par le jury et qui ne peut, en aucun cas, être inférieur à 50 sur 100 participent à l'épreuve d'admission.

2. Epreuves d'admission

L'épreuve consiste, après une présentation succincte par le candidat de son parcours professionnel et de sa formation, en un entretien avec le jury visant à reconnaître les acquis de son expérience professionnelle, et notamment ses connaissances administratives générales ainsi que ses connaissances techniques.

Cet entretien permet aussi au jury d'apprécier les motivations et l'aptitude du candidat à exercer les missions dévolues à un assistant médico-administratif dans la branche " secrétariat médical " (durée : 30 minutes, dont 10 minutes de présentation au plus). Cette épreuve est notée de 0 à 20 (coefficient 4).

En vue de cette épreuve, les candidats remettent à la direction de l'établissement organisateur un dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle.

Seul l'entretien avec le jury donne lieu à notation. Le dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle n'est pas noté.

Cette épreuve est notée de 0 à 20 et est multipliée par le coefficient correspondant. Ne peuvent être déclarés admis les candidats ayant obtenu une note inférieure à 5 sur 20 à l'épreuve

LE CALENDRIER DE LA PROCEDURE >>

Etapes	Date
Inscription	Du 02 janvier 2025 au 03 février 2025
Date limite de télétransmission	10 février 2025, 14 heures (heure de Paris)
Réunion de cadrage	05 mars 2025
Date des épreuves écrites interne	Jeudi 03 avril 2025: Epreuve 1 -Cas Pratique- 3h coefficient 3 Epreuve 2 -Questions à - 3h Coefficient 2
Réunion d'admissibilité	21 mai 2025
Résultats d'affichage d'admissibilité	03 juin 2025
Epreuves orales	07, 08, 10, 15, 17 octobre 2025
Réunion d'admission	07 novembre 2025
Affichage des résultats	01 décembre 2025 à 14 heures

LE JURY >>

1. La composition du jury

a. La présidente

Marlène RUAT -Directrice des finances adjointe, référente du DMU DEMIURGE- AP-HP. Sorbonne Université

b. Les membres

Nathalie MATHE -Cadre Paramédicale du DMU CARTE- AP-HP. Centre Université Paris Cité

Camille BOTELLA -PH en médecine polyvalente et chef d'unité au CHRDS - CH. Rives de Seine

Sophie CHAUMONT, Responsable de la coordination des secrétariats médicaux, Direction des opérations et de la Performance (DOP), AP-HP Université Paris-Saclay

Hélène CHAPALAIN, Professeur de l'enseignement du 2nd degré, Lycée Pierre-gilles DEGENNES

Ludivine MALAPART, Responsable circuits patients et recettes d'activité, AP-HP Sorbonne Université

Paul TAÏEB, Directeur des Ressources Humaines médicales et non médicales, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS)

Mégane DONI, Cadre administratif du DMU Médecine, GHU AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor.

Elise COLSON, Coordinatrice des secrétariats médicaux, AP-HP. Université Paris-Saclay.

*Mme **Hélène CHAPALAIN**, a été absente suite à un désistement pour raison médicale.

2. La note de cadrage

Le jury a participé à la réunion de cadrage durant laquelle ils sont informés :

- De la composition du jury
- Des missions du jury
- Du calendrier du concours
- Des critères de discrimination

Les épreuves écrites sont rédigées par les membres des jurys et validées par la présidente du jury.

Pour les oraux, il est convenu que les candidats se présentent devant 3 membres du jury.
Le jury disposera pour les oraux d'une version papier du cv des candidats.

Recours des candidats :

Le service concours enregistre les demandes des candidats recalés souhaitant rencontrer les jurys.

Les membres du jury s'organiseront pour les recevoir à la fin du concours. Les candidats recevront un accès au rapport du jury avant leur rencontre avec les membres du jury.

FORMATION DES CANDIDATS >>

Le CFTAO, Centre de Formation aux Techniques Administratives et Ouvrières, a proposé une préparation aux épreuves écrites sous forme de méthodologie et de devoirs sur table accompagnés de session de correction. Pour les concours interne et externe le CFTAO a préparé les candidats admissibles à l'épreuve orale (méthodologie et entraînement à l'entretien oral, sur la forme et le fond, sur la base du travail préparé par chaque stagiaire en amont) sur 1 journée en petit groupe de 5 personnes.

Cette préparation nécessite néanmoins un travail d'acquisition personnelle indispensable.

LE DEROULEMENT DU CONCOURS >>

1. Admissibilité : épreuves écrites

a. Retour du jury sur l'épreuve du cas pratique avec mise en situation et du questionnaire de six à dix questions à réponse courte

Le cas pratique a été réalisé de manière collégiale autour d'une pathologie chronique :

« Compte-rendu d'hospitalisation pour prise en charge d'un diabète déséquilibré »

Il a permis de balayer l'ensemble des champs de la prise en charge d'un patient et d'évaluer le vocabulaire médical, les connaissances en termes de Santé Publique, de Droit des Patients, de Réglementation.

Les questions posées ont été décomposées en 2 parties sur 30 points pour un total de 60 points.

Chaque question a fait l'objet d'une sous-notation.

Le questionnaire de 6 à 10 questions à réponses courtes a également été rédigé de manière collégiale, au regard du programme de révision annexé à l'arrêté du 27 septembre 2012. Le jury a cherché à tester les connaissances des candidats en lien avec le programme et l'actualité rattachée au programme.

Pour les 2 épreuves :

- Un corrigé a été préparé pour préciser les attendus et corriger les copies de manière homogène.
- 2 points étaient retirés à partir de 5 fautes d'orthographe.
- Les copies ont été soumises à une double notation. La correction a été reprise en cas de différentiel de plus ou moins 2 points entre les copies.
- La moyenne des 2 notes a été retenue comme note définitive.

Les sujets sont en annexe.

Remarques du jury :

Concernant les deux épreuves écrites, le jury constate un niveau général faible des candidats qui pour beaucoup ne répondent pas aux attendus de l'épreuve. Sur la forme, le jury déplore, dans la majorité des cas, des copies peu soignées, une absence de maîtrise de la langue française, que ce soit en matière d'expression (syntaxe, vocabulaire, etc.) ou d'orthographe, ce qui est le minimum attendu pour un concours de ce niveau (catégorie B). Très rares ont été les copies sans faute d'orthographe. Il est pourtant attendu des candidats de savoir s'exprimer dans une langue claire et adaptée puisque ceux-ci postulent à un concours qui, s'ils sont reçus, les placera en position de devoir rédiger, relire et/ou corriger des comptes-rendus.

Les connaissances générales minimum attendues étaient souvent absentes, les candidats se contentant au mieux d'approximations, au pire d'absence de réponse.

Quelques candidats ont néanmoins fourni un travail de qualité, leurs copies répondant aux consignes, étant construites avec logique et clarté et rédigées avec aisance. Une partie des candidats a partiellement répondu aux attentes (copie bien construite et/ou bien rédigée et/ou bien argumentée, etc.) leur permettant d'obtenir une note correcte.

Comme indiqué ci-dessus cependant, la majorité des candidats n'a pas su répondre aux attentes sur un trop grand nombre de points, leurs copies étant alors sanctionnées d'une note au mieux moyenne au pire éliminatoire. Il est à noter que même si les candidats n'avaient pas les réponses exactes ou précises, le jury a tout de même valorisé l'effort de réflexion.

Beaucoup de candidats ont obtenu une note éliminatoire, leurs réponses étant inexistantes ou hors sujet. Les propos inadaptés ou l'expression d'avis personnels sont à proscrire.

2. Admission : épreuves orales

a. Présentation du candidat :

Le nombre de candidats admissibles nécessite de mobiliser 06 jours d'oraux.

Le déroulé des oraux :

L'épreuve orale dure 30 minutes. Les candidats disposent de 10 minutes pour se présenter, présenter leur parcours et leurs motivations pour accéder au grade d'assistant médico-administratif (AMA). La qualité de l'expression et le savoir-être sont évaluées au décours de la présentation et du temps de réponse. La structuration de la présentation et les motivations sont importantes...

Le reste du temps est consacré à un échange avec le jury permettant de préciser des points sur le parcours professionnel ou les connaissances administratives et techniques.

Le temps de présentation du candidat est central dans l'épreuve orale, il est indispensable de bien la préparer, en maîtrisant son temps. Lors de la présentation orale, il est important de ne pas se contenter de décrire son CV, mais il faut mettre en perspective ses différentes expériences en mettant en avant leur légitimité à obtenir le grade d'AMA.

Lors du temps d'échanges et de questions, le jury cherche à mettre en avant les connaissances techniques des candidats sur les sujets essentiels, mais aussi à évaluer leur comportement lors de situations qu'ils maîtrisent moins bien.

Remarques des membres du jury :

Concernant la présentation demandée en début d'oral, le jury a constaté un niveau très inégal selon les candidats. Une partie des candidats a compris les attendus de cet exercice en préparant de manière structurée cette présentation et en abordant correctement le parcours professionnel. Le jury a constaté peu de motivations argumentées à devenir AMA et une certaine méconnaissance des liens fonctionnels et hiérarchiques (équipe médicale, cadres de santé).

Les meilleurs candidats ont su mettre en valeur ces points. Chez ces candidats, la qualité et l'aisance d'expression ont aussi été valorisées. A contrario, le jury déplore chez certains candidats un défaut de préparation de cet exercice, tant sur le fond que sur la forme.

Quelques candidats ont eu un échange pertinent et de bonne qualité avec le jury. Enfin, beaucoup de candidats ont eu des difficultés à tenir ce temps d'échange, ne sachant pas quoi répondre aux questions qu'elles soient techniques, relatives à une analyse de leur propre parcours ou de culture hospitalière et institutionnelle très générale : outils institutionnels, identité, vigilance, gouvernance...

STATISTIQUES >>

1. Historique du concours :

Le précédent concours date de 2021

- 60 postes ouverts
- 72 candidatures admissibles pour 372 candidats inscrits
- 57 lauréats sur liste principale

2. Concours 2025 :

Nombre de postes ouverts Concours interne : 133

	ADMISSIBILITE			ADMISSION	
	Nombre de candidats admis à concourir	Nombre de candidats présents à l'épreuve écrites	Nombre de candidats admissibles	Nombre de candidat présents à l'épreuve orale	Nombre de lauréats : liste Principale
Femmes	388	322	53	50	30
Hommes	9	9	0	0	0
Total	397	331	53	50	30

Seuil d'admissibilité : 10

Amplitude des notes : 1,28- 16,10

Seuil d'admission : 10

Amplitude de notes épreuves orales d'admission : 5,84-15,56

Taux de réussite sur le nombre de candidats :

- Admis à concourir
(Nombre de lauréats/nombre total de candidats admis à concourir x100) = 7,55%
- Convoqués à l'épreuve écrite

(Nombre de lauréats/nombre total de candidats convoqués x100) = 9,06%
- Présents à l'admission
(Nombre de lauréats/nombre total de candidats présents x100) = 60%

CONCLUSION >>

Le jury invite les futurs candidats à prendre connaissance du programme officiel bien en amont du concours pour avoir le temps de le travailler avec rigueur et constance, seuls ou dans le cadre d'une préparation au concours. L'orthographe et la syntaxe doivent faire l'objet de toutes les attentions des candidats, car une copie avec du fond qui serait rédigée dans un français approximatif avec beaucoup de fautes d'orthographe n'est pas acceptable.

Le jury rappelle aux candidats que la partie de l'épreuve orale doit se préparer avec sérieux et réflexion pour permettre de mettre en évidence la cohérence de son parcours avec le choix de passer le concours.

Votre attitude lorsque vous ne connaissez pas la réponse à une question est importante : ne pas perdre ses moyens, essayer de reformuler la question, garder son calme... sont des atouts.

ANNEXE >>



Direction des ressources humaines – Service concours statutaires

CONCOURS INTERNE SUR EPREUVES DES ASSISTANTS MEDICO-ADMINISTRATIFS

Ouvert à l'assistance Publique – Hôpitaux de Paris à compter du 02 janvier 2025

Branche : Secrétariat médical

ÉPREUVE N° 1 : CAS PRATIQUE

Une épreuve écrite de cas pratique avec mise en situation s'appuyant sur un dossier documentaire remis au candidat, de 25 pages au plus, comportant des données administratives et médicales relatives aux patients.

Article 10 de l'arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours externe et interne permettant l'accès au premier grade du corps des assistants médico-administratifs de la FPH.

Durée : 3 heures

Coefficient : 3

Nombre de pages : 8 (y compris la page de garde)

SOMMAIRE DES ANNEXES : 11 pages

- Annexe n°1 : La chaîne du don à la greffe (1 page)
- Annexe n°2 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (1 page)
- Annexe n°3 : Le proche d'une personne diabétique (1 page)
- Annexe n°4 : La prévalence du diabète (1 page)
- Annexe n°5 : La prescription de transport (1 page)
- Annexe n°6 : Les chiffres de l'HTA (1 page)
- Annexe n°7 : L'hypertension artérielle en chiffres (1 page)
- Annexe n°8 : L'agence de la biomédecine (3 pages)
- Annexe n°9 : Aide à la décision de la prescription du transport (1 page)

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION
POUR PRISE EN CHARGE D'UN DIABETE DESEQUILIBRE
DU 12/05/2022 au 18/05/2022

Madame Claire FONTAINE née le 14/07/1948 a été hospitalisée dans le service de diabétologie pour un diabète de type 2 déséquilibré et une poussée hypertensive.

Antécédents

Antécédents médicaux

- Diabète de type 2 depuis 15 ans, mal équilibré (HbA1c antérieure : 8,2 %).
- HTA connue depuis 10 ans, traitée mais mal contrôlée.
- Dyslipidémie mixte sous statine.
- Insuffisance rénale chronique modérée (IRC stade 3) – DFG : 50 mL/min.
- Obésité modérée (IMC : 30 kg/m²).
- Arthrose des genoux, avec limitation de la marche.
- Cholangiocarcinome opéré sans localisation secondaire
- Greffe hépatique en 1990 des suites d'une cirrhose d'origine alcoolique

Antécédents chirurgicaux

- Cholécystectomie en 2015.
- Cataracte opérée bilatéralement.
- Hépatectomie en 1990

Situation sociale et mode de vie

Madame Claire FONTAINE est veuve, vivant seule à son domicile, un appartement situé au deuxième étage sans ascenseur. Son autonomie est préservée pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), bien qu'elle ressente une gêne fonctionnelle lors de ses déplacements en raison d'une arthrose des genoux. Elle utilise une canne pour marcher et limite ses sorties.

Elle bénéficie d'une aide-ménagère deux fois par semaine et peut compter sur sa fille, qui habite à 30 km, pour une assistance ponctuelle.

Son alimentation est déséquilibrée, marquée par une consommation excessive de sucres rapides et un apport insuffisant en légumes et en fibres. Elle exprime des difficultés à adapter son régime alimentaire à son diabète.

Ancienne fumeuse (20 PA, sevrée depuis 10 ans), elle ne consomme que très occasionnellement de l'alcool. Sa sédentarité est marquée, accentuée par ses douleurs articulaires et son essoufflement à l'effort.

Histoire de la maladie

Madame FONTAINE a consulté son médecin traitant pour une asthénie marquée, des céphalées diffuses, une polydipsie et une polyurie évoluant depuis une dizaine de jours. Son taux de glycémie capillaire était élevé à 3,2 g/L et sa pression artérielle mesurée à 180/95 mmHg.

Devant ces anomalies, son médecin traitant l'a adressée aux urgences, où son état a nécessité une hospitalisation en service d'endocrinologie pour prise en charge du déséquilibre glycémique et de la poussée hypertensive.

Examen clinique à l'entrée :

- TA : 180/95 mmHg, FC : 85 bpm, régulière
- FR : 18/min, SpO₂ : 98 % à l'air ambiant
- Poids : 80kg, Taille 1.65m, IMC : 29.4kg/m² (perte de poids -3kg)
- Température : 36,8°C
- Glycémie capillaire : 3.5 g/L ; cétonémie négative

Patiente asthénique, sans signe de confusion ni de déshydratation sévère.

Examen cardio-pulmonaire est sans particularité, avec une auscultation normale, pas de signe d'insuffisance cardiaque, absence d'œdèmes des membres inférieurs.

Examen abdominal : souple dépressible indolore, pas de signe fonctionnel urinaire, syndrome polyuro-polydipsique, pas de trouble digestif.

Examen neurologique : pas de déficit sensitivo-moteur, pas de céphalée, pas de trouble visuel, pas d'erreur au monofilament.

Examen cutané : pas de plaie au niveau des pieds, xérose cutanée des 2 MI.

Traitement habituel à l'entrée

- Metformine 1000 mg matin et soir
- Amlodipine 5 mg/j
- Atorvastatine 20 mg/j
- Paracétamol 1 g en cas de douleur
- Tacrolimus 1 mg – 1 gélule matin et soir
- Mycophénolate motéfil 500 mg – 1 cp matin et soir
- Prednisone 5 mg – 1 cp le matin
- Oméprazole 20 mg – 1 gélule/jour le matin
- Atorvastatine 10 mg – 1 cp/jour le soir
- Calcium + Vitamine D – 1 cp/jour

Examens complémentaires

- Bilan biologique :
- HbA1c : 9,2 %, Glycémie veineuse : 3,1 g/L.
- Créatininémie : 1,4 mg/L (DFG 50 mL/min), urée 0.42g/l
- Ionogramme sanguin : K⁺ 3,2 mmol/L, Na⁺ 134mmol/L, Cl⁻ 102mmol/l, protéine 73g/l
- Albumine : 37g/l

- Bilan lipidique : cholestérol total : 1.90g/l , HDL : 0.31g/l , LDL : 1.25g/l , triglycérides 1.68g/l
- ASAT 23UI/l, ALAT 25UI/l, PAL 110UI/l, GGT 50UI/l
- TSH us : 1.33μUI/mL
- Rapport microalbuminurie /créatinurie : <0.3mg/mmol
- ECG : Rythme sinusal régulier, QRS fins, pas de trouble de la repolarisation, ou du rythme.
- Échographie rénale : Les deux reins sont en position anatomique. Le rein droit mesuré à 11 cm, de contours lobulés bien différencié avec une hypertrophie parenchymateuse de son tiers moyen sans lésion nodulaire. Le rein gauche est mesuré à 12 cm, de contours normaux. Parenchyme bien différencié. Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles. Pas de syndrome obstructif. La vessie est malheureusement vide.
- Fond d'œil : Pas de rétinopathie diabétique évoluée.

Evolution dans le service

Phase initiale (J1-J2) : Stabilisation métabolique et tensionnelle

Dès son admission en service de diabétologie, la priorité a été de stabiliser son état clinique en corrigeant l'hyperglycémie et en contrôlant sa pression artérielle.

Mise en place d'une hydratation intraveineuse modérée afin de corriger une possible déshydratation légère liée à l'hyperglycémie prolongée.

Supplémentation potassique devant l'hypokaliémie à 3.2mmol/L, sans trouble à ECG.

Devant un déséquilibre de diabète, avec HbA1c à 9.2% pour un objectif à 7%, instauration une insulinothérapie basale avec insuline glargine (Lantus) à 10 UI/j, pour un meilleur contrôle glycémique tout en limitant les risques d'hypoglycémie. Suspension de la Metformine initialement devant l'altération de la fonction rénale, et de la possible déshydratation.

Mise en place d'une surveillance étroite de la glycémie capillaire prandiales et nocturnes.

Surveillance initiale tensionnelle. Aucune complication aiguë clinique ou biologique retrouvée (type insuffisance cardiaque ou atteinte rénale aiguë)

Devant l'insuffisance rénale d'allure chronique, réalisation d'une échographie rénale ne retrouvant pas d'obstacle. Fonction rénale stable par la suite.

Pas d'anomalie sur le bilan hépatique chez cette patiente greffée.

Mise en place d'antalgiques dans le cadre de l'arthrose et des douleurs associées.

Phase intermédiaire (J3-J5) : Adaptation thérapeutique et éducation

Amélioration des glycémies capillaires progressive, avec une meilleure tolérance clinique.

Reprise de la metformine, sous surveillance biologique de la créatinine.

Poursuite de l'insuline lente avec adaptation de la dose aux glycémies.

Une consultation diététique est réalisée afin de réévaluer ses habitudes alimentaires et de lui proposer des règles alimentaires adaptées, limitant les sucres rapides et favorisant une alimentation équilibrée en fibres et en protéines.

Un programme d'ETP a été mis en place en collaboration avec l'équipe soignante.

Adaptation du traitement anti-hypertenseur : remplacement de Amlodipine par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), le Ramipril 2,5 mg/j, mieux adapté au profil cardio-rénal de la patiente. Tension artérielle contrôlée par la suite.

Phase finale (J6-J7) : Surveillance et préparation à la sortie

En fin d'hospitalisation, les glycémies capillaires sont stabilisées avec des valeurs oscillant entre 1,2 et 1,5 g/L à jeun, et sans hyper ou hypoglycémie majeure la nuit. Poursuite d'un schéma associant insuline basale et antidiabétiques oraux, tout en maintenant une surveillance étroite pour éviter une hypoglycémie chez cette patiente âgée.

La pression artérielle est mieux contrôlée, aux alentours de 120/70 mmHg. Une surveillance rénale sera à effectuer par la suite.

Pour la sortie : une aide supplémentaire pour l'organisation de la prise médicamenteuse a été recommandée, notamment par le biais d'un pilulier et d'un accompagnement par l'infirmière libérale. La coordination avec le médecin traitant a été assurée pour garantir un suivi optimal post-hospitalisation.

Conclusion

Diabète de type 2 déséquilibré, avec instauration d'une insulinothérapie basale permettant une amélioration des glycémies. L'éducation thérapeutique a constitué un axe majeur de cette prise en charge, visant à améliorer l'autonomie de la patiente dans la gestion de sa maladie. Une attention particulière a été portée sur la diététique, avec des conseils personnalisés adaptés à son mode de vie.

Hypertension artérielle avec adaptation du traitement permettant une bonne amélioration des tensions artérielles.

Madame FONTAINE demeure une patiente à haut risque de décompensation métabolique et cardiovasculaire, en raison de sa sédentarité, de son obésité et de ses difficultés d'adaptation aux mesures hygiéno-diététiques.

Une prise en charge continue en ambulatoire est donc essentielle afin de prévenir d'éventuelles récurrences et d'améliorer son équilibre glycémique et tensionnel à long terme.

Un suivi rapproché a été organisé :

- une consultation avec son médecin traitant dans une semaine,
- une consultation avec un endocrinologue dans un mois,
- un bilan biologique à 15 jours
- un suivi cardiologique à trois mois afin d'évaluer l'efficacité du traitement antihypertenseur et dépister d'éventuelles complications cardiovasculaires.

En complément, il a été recommandé à Madame FONTAINE de poursuivre un suivi diététique et de bénéficier d'un accompagnement par une infirmière libérale à domicile pour l'aide à la gestion du traitement et l'éducation à l'insulinothérapie. Une éventuelle prise en charge en rééducation fonctionnelle a également été évoquée pour améliorer son autonomie et encourager une activité physique adaptée.

Planification des soins et suivi post-hospitalisation

RDV avec médecin traitant dans 7 jours.

RDV CS Dr BARNABE, endocrinologie, 20/06/2022

Ordonnance pour bilan biologique (créatinine, kaliémie, HbA1c, bilan lipidique) dans 15 jours.

Consultation avec DR RYTHME, cardiologue dans 3 mois.

Consultation diététique de suivi pour adapter le régime alimentaire.

Evénements recensés au cours de ce séjour :

- Information du patient / de sa famille : Oui
- Administration de produits sanguins labiles : Non
- Administration de produits dérivés du sang : Non
- Inclusion dans un protocole de recherche : Non
- Conseils hygiéno-diététiques donnés : Oui
- infection nosocomiale : non

Destinataires

- **Médecin traitant** : Dr Marie TARTANPION
- **Endocrinologue** : Dr Bernard BARNABE
- **Cardiologue** : Dr Karim RYTHME

Contexte

Vous travaillez en tant que secrétaire médical(e) dans un service d'endocrinologie et diabétologie au sein d'un hôpital. Une patiente âgée de 76 ans, Mme Claire FONTAINE, atteinte de diabète et d'hypertension, est hospitalisée dans le service. Son état de santé nécessite une hospitalisation de courte durée. Le médecin décide de lui prescrire un bon de transport et d'organiser son retour à domicile via le programme PRADO.

Durant son séjour, Mme FONTAINE évoque aussi ses inquiétudes quant à ses droits et demande des précisions sur la désignation d'une personne de confiance.

Le médecin vous charge de gérer les aspects administratifs liés à cette situation.

Vous répondrez dans l'ordre aux questions ci-après à l'aide de vos connaissances et sans paraphraser les textes proposés.

Deux points seront retirés à partir de 5 fautes d'orthographe.

1ère partie : /30 pts

1. Quelle est la définition du terme « diabète » ? **/4 pts**
Comment distinguez-vous les diabètes de type 1 et diabète de type 2 ?
2. Quelles sont les complications à long terme possibles d'un diabète mal contrôlé ? **/5 pts**
Citez-en au minimum cinq.
3. Pour quelle raisons l'hypertension artérielle est la première maladie chronique dans le monde ? **/5 pts**
Quels sont les facteurs de risques et les mesures de prévention associées qui existent autour de cette pathologie ?
4. En quoi consiste un programme d'ETP ? **/3 pts**
Quels sont les différents intervenants ?
Dans le cas de Madame FONTAINE, de quels ateliers peut-elle bénéficier ?
5. Terminologie médicale **/10 pts**
Définir à l'aide d'une phrase précise les termes suivants du compte-rendu de Mme FONTAINE (1pt/ terme)
 - Dyslipidémie
 - Cholécystectomie
 - Cholangiocarcinome
 - Arthrose
 - Glycémie capillaire
 - K+
 - PA
 - Syndrome polyuro-polydipsique
 - Immunosuppresseurs
 - Cirrhose

6. Comparez les termes suivants (1pt/comparaison) **/2 pts**
- Obésité/ surpoids
 - Insulinorequérant/ Insulinodépendant
7. Comment nomme-t-on : **/1 pt**
- Apparition progressive d'une insuffisance hépatique avec apparition d'œdèmes généralisés

2ème partie : /30 pts

8. En quoi consiste le programme PRADO ? (3 pts) **/5 pts**
Que signifie l'acronyme « PRADO » ? (1 pt)
Au regard du CRH de Madame FONTAINE, répond-elle aux critères d'éligibilité pour en bénéficier ? (1 pt)
9. Mme FONTAINE souhaite désigner une personne de confiance.
Expliquez-lui son rôle (3 pts) et la procédure pour la désigner à l'AP-HP (5 pts) **/8 pts**
10. Le médecin, vous demande d'établir et signer le bon de transport pour Madame FONTAINE afin que la patiente soit prise en charge rapidement.
Comment répondez-vous à sa demande et pour quelles raisons ? **/4 pts**
11. Madame FONTAINE est une patiente ayant subi une greffe hépatique. **/7 pts**
Quels sont les rôles et missions de l'Agence de Biomédecine ? (4 pts)
Pourriez-vous expliquer ce que signifie le « consentement présumé » ? (3 pts)
12. Qu'est-ce que la CNIL ? (2 pts) **/6 pts**
Quels sont le rôle et les missions en lien avec le DPI ? (4 pts)

LA CHAÎNE DU DON À LA GREFFE



Malgré la mobilisation intense des équipes médicales, une personne décède. Le certificat de décès est signé.



L'équipe médicale veille à préserver les organes et les tissus de la personne décédée en vue d'un éventuel prélèvement.



L'équipe de coordination hospitalière cherche à connaître la volonté du défunt sur le don de ses organes et ses tissus. Elle consulte le registre national des refus. Si le défunt ne s'y était pas inscrit, elle s'entretient avec ses proches pour connaître sa position.



Le prélèvement des organes et des tissus est un acte chirurgical effectué avec le même soin que pour une personne en vie. Une fois l'opération effectuée, le corps est préparé et rendu à la famille.



Des analyses de laboratoire et des examens d'imagerie sont effectués à l'hôpital pour évaluer la qualité des organes et des tissus et trouver les receveurs compatibles avec la personne décédée.



Les organes sont conditionnés à 4°C dans des conteneurs spécifiques, puis transportés très rapidement vers les hôpitaux où auront lieu les greffes. Le moyen de transport le plus adapté est utilisé : ambulance, train, avion... Les tissus sont quant à eux conservés dans des banques qui en gèrent la distribution.



La préparation pour la greffe est réalisée par des équipes médicales expérimentées et spécialement formées. Une greffe peut mobiliser jusqu'à 8 personnes et durer près de 12 heures.



Grâce à la greffe, une autre vie va pouvoir se poursuivre.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 87 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



Annexe n°3 : Le proche d'une personne diabétique



Vous êtes proche d'une personne diabétique mais vous n'êtes pas atteint de diabète. Vous avez certainement pu entendre : « *Tu ne peux pas comprendre, tu n'es pas diabétique.* » Lors de l'annonce de la maladie, votre proche ressent souvent un sentiment d'impuissance et d'injustice (pourquoi moi ?), de perte d'identité, voire même d'abandon. Il a du mal à accepter et à assumer sa maladie face à lui-même (déni) et face au regard des autres.

Au début, toutes sortes de questions se posent : « *Pourquoi lui (ou elle), pourquoi pas moi ? J'ai un caractère plus fort et une meilleure situation, c'est moi qui aurait dû être malade à sa place. Notre grand-mère était diabétique, pas notre mère, pas moi non plus* » ou au contraire « *Je ne comprends pas... pourquoi est-ce mon enfant ? pourquoi n'est-ce pas celui de ma sœur (ou de mon frère) ?* »

Pour aider votre proche diabétique, il se peut que vous soyez amené à jouer plusieurs rôles à la fois dont certains seront plus difficiles pour vous que d'autres ! Pas si simple d'adopter naturellement la bonne attitude...

Apprendre à faire face en cas d'urgence

Il est souhaitable que vous sachiez reconnaître les signes de l'hypoglycémie pour pouvoir réagir rapidement en cas de besoin, aider votre proche à se resucrer s'il ne peut pas le faire seul ou le convaincre de le faire lui-même suffisamment tôt. Vous le connaissez bien et vous pouvez vous permettre de lui donner un conseil.

Votre proche peut faire une hypoglycémie simple ou un malaise hypoglycémique. Vous devez savoir par exemple où il range son glucagon. Vous pouvez faire une petite fiche mémo sur la procédure à appliquer en cas d'urgence, avec le numéro du médecin et/ou celui du service hospitalier.

Apprendre à connaître le diabète et sa gestion au quotidien

Votre proche diabétique doit se familiariser avec sa maladie et prendre de nouvelles habitudes, notamment en ce qui concerne son alimentation. Vous pouvez être d'une aide précieuse sur ce point. Faites les courses vous-même ou donnez à votre proche une liste de courses adaptée à son diabète.

Proposez-lui une activité physique qu'il vous plairait de pratiquer ensemble ou avec des amis.

Il peut être utile également d'avoir des informations sur le traitement de votre proche. S'il est âgé, cela vous permettra de vérifier s'il le prend bien, s'il est suffisamment autonome, s'il a pensé à renouveler son ordonnance ou s'il a besoin de voir son médecin traitant...

Apprendre à écouter avec empathie et à être solidaire

Aidez-le à parler de son diabète, ce n'est pas une démarche facile mais cela peut être bénéfique voire salutaire pour lui et même pour vous ! Vous le comprendrez d'autant mieux, cela peut désamorcer certains conflits et apaiser des tensions. Soyez calme et attentif à son ressenti et répondez avec empathie.

Apprendre à le soutenir, le rassurer et l'encourager

Le diabète est une maladie silencieuse et évolutive. Il n'est pas toujours facile pour votre proche de faire des projets à long terme ou de mener à bien des projets en cours. Certaines démarches peuvent être difficiles lorsque l'on est atteint d'une maladie chronique. Votre proche a besoin de vous pour concrétiser ses projets de vie : challenge sportif, projet de grossesse, achat d'un bien immobilier, prise de poste à responsabilité... Le soutenir et le rassurer est primordial car pour lui, vous êtes le moteur et la personne sur qui il peut compter.



La prévalence du **DIABÈTE**



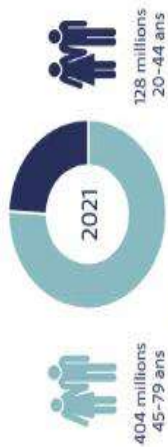
1 adulte sur 10 est diabétique dans le monde

+ 251 millions
dans 25 ans



1 adulte diabétique sur 2
n'est pas diagnostiqué
(environ 266 millions
de personnes)

Le diabète selon l'âge (20-79 ans)



532 millions
dans le monde en 2021



783 millions
dans le monde en 2045

IDF, 2021



Pour la prescription de votre transport, c'est votre état de santé d'abord

**VOUS DEVEZ ÊTRE ALLONGÉ
OU DEMI-ASSIS,**
ou surveillé, sous oxygène,
brancardé, ou porté, ou transporté
dans des conditions d'asepsie.



AMBULANCE

**VOUS AVEZ BESOIN D'UNE AIDE
POUR VOUS DÉPLACER,**
vous risquez des effets secondaires
pendant le transport ou votre état
de santé nécessite le respect
rigoureux des règles d'hygiène.



**VSL* OU TAXI
CONVENTIONNÉ**

*Véhicule sanitaire léger

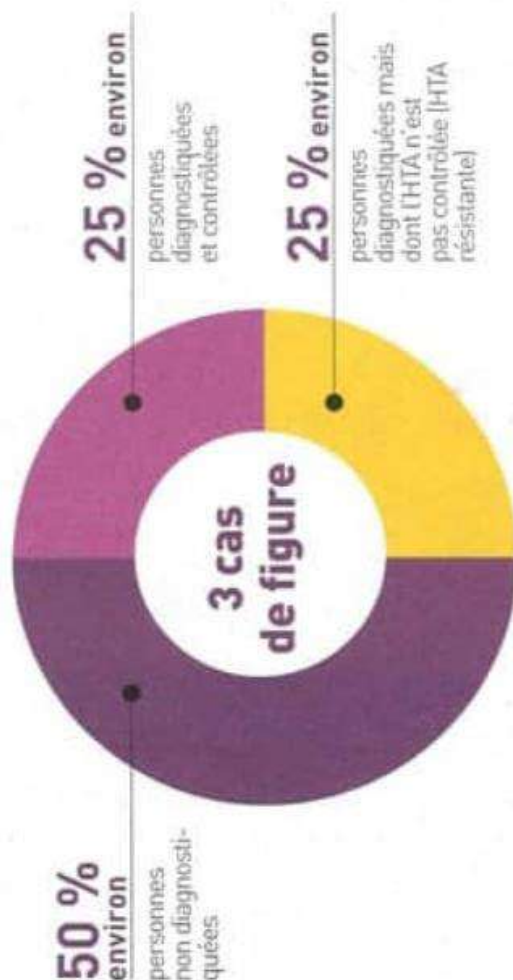
**VOUS POUVEZ VOUS
DÉPLACER SEUL
OU ACCOMPAGNÉ
D'UN PROCHE.**



**VÉHICULE PERSONNEL
OU TRANSPORTS
EN COMMUN**



La prise en charge des frais de transport par les caisses d'assurance maladie nécessite la délivrance d'une prescription médicale rédigée avant le transport.



Le risque augmente avec l'âge :

 **40 %** des plus de 65 ans sont hypertendus,

et **90 %** des plus de 85 ans.

Le nombre de personnes, en France, concernées par l'HTA = un tiers de la population adulte.

10 à 15 millions



Source infographie – www.maison-nutrition.fr

L'HYPERTENSION ARTERIELLE EN CHIFFRES



**L'HYPERTENSION TOUCHE 1 PERSONNE
SUR 3 ENVIRON EN FRANCE**



**L'HYPERTENSION TOUCHE 65% DES PLUS
DE 65 ANS**



**L'HYPERTENSION TOUCHE MOINS DE 10%
DES 18-34 ANS**



**SEULS 55 % DES PATIENTS TRAITÉS
POUR L'HYPERTENSION ONT UNE
PRESSION ARTÉRIELLE CONTRÔLÉE**



**L'HYPERTENSION PROVOQUE LE DÉCÈS
DE 10 MILLIONS DE PERSONNES CHAQUE
ANNÉE DANS LE MONDE**

Source : Fédération pour la Recherche Médicale (FRM)



don
dorganes.fr

VOS PROCHES CONNAISSENT-ILS VOTRE POSITION SUR LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS ?

LE 22 JUIN, LA JOURNÉE POUR EN PARLER ET CONTINUER À SAUVER DES VIES

COMMUNIQUE DE PRESSE : 18 juin 2024

Tous donateurs, tous receveurs

Acte citoyen, acte de solidarité, acte de générosité... Selon le dernier baromètre de l'Agence de la Biomédecine¹ 80% des Français sont favorables au don de leurs organes, véritable prouesse logistique et médicale qui permet de sauver des milliers de vie chaque année. L'Agence de la biomédecine veut faire de la journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe, et de reconnaissance aux donateurs (22 juin), une date incontournable pour parler du sujet avec ses proches. Car pour augmenter le nombre de greffes en France, il existe un moyen simple : rappeler à ses proches que l'on est donneur ! Ainsi, le moment venu, la volonté de chacun pourra être connue et respectée par leurs proches.

En France, en 2023, ce sont 5 634 greffes qui ont été réalisées, ce qui représente une quinzaine de vies sauvées chaque jour grâce à la formidable coordination des équipes de transplantation. Le don et la greffe sont largement plébiscités par les Français, conscients de son intérêt pour les patients.

« L'adhésion des Français au principe de la greffe et du don d'organes ne s'érode pas d'une année sur l'autre, ce qui est une source d'espoir et de satisfaction pour tous les acteurs de la chaîne du don, d'autant que le besoin ne cesse de croître : aujourd'hui, il y a environ 20 000 patients en attente de greffe dans notre pays ! » confirme Marine Jeantet, directrice générale l'agence de la biomédecine.

Si 93% des Français pensent qu'il est important que leurs proches connaissent leur position sur le don d'organes, plus de 50% d'entre eux admettent ne jamais avoir évoqué ce sujet¹.

« Lorsque les proches d'un défunt ne connaissent pas le souhait de leur proche disparu, leur réflexe est d'émettre des doutes, ce qui conduit les équipes de la coordination hospitalière à ne pas procéder au prélèvement. En d'autres termes, lorsqu'on en parle, on aide les médecins à sauver des vies. » souligne Carine Raffestin, infirmière de coordination hospitalière des prélèvements à l'hôpital de Moulins-Yzeure, et membre du bureau de l'Association Française des Coordinateurs Hospitaliers.

¹ Baromètre de l'Agence de la biomédecine, janvier 2024 « les Français et le don d'organes et de tissus »

Faire baisser le taux d'opposition au don d'organes en France

Si 80% des Français sont favorables au don d'organes¹, alors le taux d'opposition devrait plafonner à 20% et non pas à 36% comme on a pu le voir en 2023.

« Le don d'organes est l'une des très rares occasions que l'on a de sauver jusqu'à 7 vies (voir plus encore avec le don de tissus) juste avec un mot, une conversation avec ses proches, le 22 juin et tous les autres jours de l'année ! » précise Marine Jeantet.

Outre une absence de dialogue avec les proches, et des questions hospitalières, le taux d'opposition au don d'organes s'explique par **de nombreuses idées reçues** :

- **Seuls 24% des Français savent que les organes prélevés ne servent pas à la science mais servent uniquement à sauver des vies.**
- **26 % des Français pensent que le donneur n'est pas encore décédé au moment du prélèvement d'organes. Or c'est faux, le certificat de décès est établi avant même d'envisager un don d'organes et de tissus.**
- **Seuls 6 Français sur 10 estiment que le don d'organes profite de manière équitable à toutes les catégories de la population.** En France, le don et la greffe d'organes est gratuit. Les greffons sont rares. Pour ces raisons, lorsqu'un organe est prélevé, il est attribué selon des règles d'attribution encadrées par la loi qui permettent d'assurer une répartition la plus équitable possible tout en recherchant le meilleur receveur. Certains patients sont prioritaires : les enfants, les receveurs dont la vie est menacée à très court terme, les receveurs pour lesquels la probabilité d'obtenir un greffon est très faible du fait de caractéristiques morphologiques ou immunogénétiques particulières.
- **Certaines personnes s'opposent de leur vivant pensant être trop âgées ou trop malades. Ainsi, 42 % des Français pensent qu'il y a une limite d'âge pour être donneur d'organes et de tissus, alors que la moyenne d'âge des donneurs en France est de 57 ans, et près de la moitié des donneurs ont plus de 65 ans. Les personnes malades ou sous traitement peuvent également donner leurs organes.** Par exemple, une personne atteinte d'une hépatite peut donner son foie à un receveur en besoin vital, le foie étant traité pour l'hépatite une fois transplanté et hors de danger.
- **1 Français sur 2 croit que le prélèvement d'organes et de tissus n'est pas compatible avec les rites funéraires religieux.** Pourtant le don d'organes est reconnu et autorisé par les 3 principales religions monothéistes pratiquées en France, et que le prélèvement n'empêche pas de réaliser les funérailles selon les traditions de chacun. Les différentes religions s'accordent sur les valeurs d'altruisme et de secours. Enfin, chaque prélèvement est réalisé avec un profond respect pour la dignité du défunt.

« Nous sommes face à une véritable nécessité de dépasser les idées reçues qui entourent la greffe et le don d'organes ! Dans certains territoires comme l'Île de France

et les DROM, le taux d'opposition atteint respectivement 48,6% et 50%. **Cela représente une réelle perte de chance pour les patients en attente de greffe.** » confirme le Pr François Kerbaul, directeur prélèvement greffe organes tissus à l'Agence de la Biomédecine.

Toujours selon notre baromètre de janvier 2024 :

- **Ce qui pousse les Français à se sentir concerné par le sujet, c'est le fait que ce geste peut sauver des vies (73%) et que c'est un geste important pour aider les médecins à sauver les malades (54%).**

La greffe ou l'espoir d'une vie meilleure pour les patients français

Au 1^{er} janvier 2024, il y avait **21 866 patients inscrits sur la liste nationale d'attente** pour une greffe, tous organes confondus. On estime en effet que sur 23 personnes en liste d'attente, 15 seulement sont greffées, 2 à 3 décèdent et la liste ne fait que s'allonger.

« Il faut que les Français prennent conscience d'une chose : si les greffes sont vitales, l'attente, elle est parfois mortelle. Nous avons besoin de davantage de greffons en France et pour cela chacun doit faire sa part et donner sa position à ses proches. Il en va de la vie de milliers de patients. » plaide Yvanie Caillé, présidente et fondatrice de Renaloo, association qui soutient et accompagne les patients malades du rein et leurs familles.

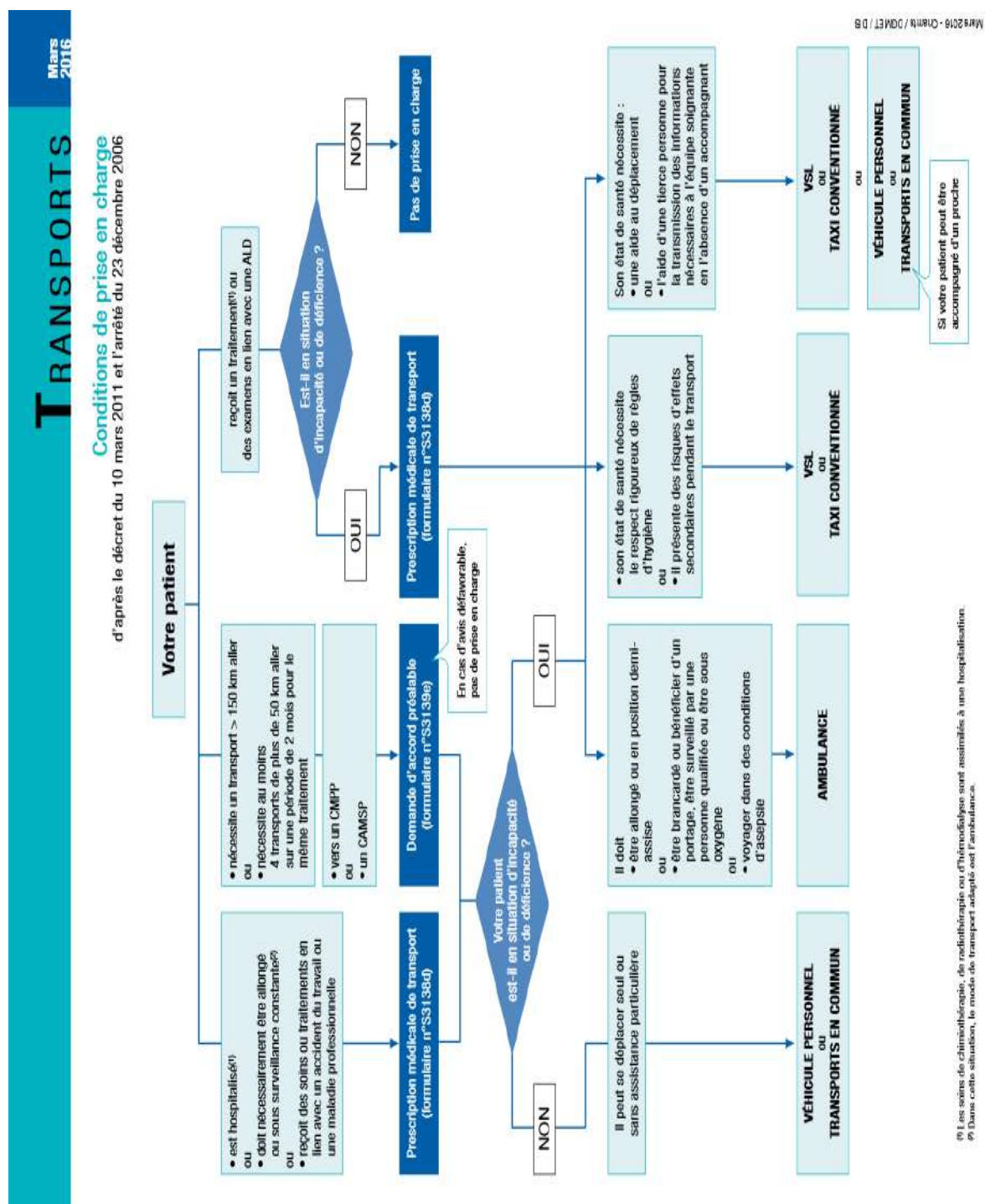
Pour les personnes ayant pu bénéficier d'une greffe, celle-ci est synonyme d'une vie normale retrouvée, qui n'aurait pas été possible sans.

« Je me sens lié par un contrat moral au donneur et sa famille dont pourtant j'ignore tout. Grâce à leur générosité, je peux vivre libéré de la maladie et je leur en serais éternellement reconnaissant. » témoigne Laurent, greffé.

DONDORGANES.FR

Cette année, à l'occasion de la journée nationale du don d'organes, l'Agence de la biomédecine a créé et diffusé une [série de podcasts](#) et de témoignages que vous pouvez écouter et relayer.

Contact presse OmnicomPRGroup : Héroïse Sintès & Safa Lamghari, france.abm@omnicomprgroup.com
Contact presse Agence de la biomédecine : Madeleine Claeys, madeleine.claeys@biomedecine.fr
Site presse de l'Agence : <https://presse.agence-biomedecine.fr>



⁽¹⁾ Les soins de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie sont assimilés à une hospitalisation.
⁽²⁾ Dans cette situation, le mode de transport adapté est l'ambulance.

→ **Pour en savoir plus**

ameli.fr > Vous êtes professionnel de santé > Médical > Exercer au quotidien : Prescriptions > Transports



Direction des ressources humaines – Service concours statutaires

CONCOURS INTERNE SUR EPREUVES DES ASSISTANTS MEDICO-ADMINISTRATIFS >>

Ouvert à l'assistance Publique – Hôpitaux de Paris à compter du 02 janvier 2025

Branche : Secrétariat médical

ÉPREUVE N° 2 : QUESTIONNAIRE

Une épreuve constituée d'une série de six à dix questions à réponses courtes.

Article 10 de l'arrêté du 27 septembre 2012 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours externe et interne permettant l'accès au premier grade du corps des assistants médico-administratifs de la FPH.

Durée : 3 heures

Coefficient : 2

Nombre de pages : 2

L'orthographe a été prise en compte à hauteur de 2 points de pénalités à partir de 4 fautes.

Question 1 :

Quelles sont les attributions du Directoire ? **/2 points**

Question 2 :

Que savez-vous des différentes lois de bioéthique adoptées en France depuis 1994 ? **/4 points**

Question 3 :

Quel est le rôle des associations d'usagers dans le fonctionnement des établissements de santé et comment participent-elles aux décisions ? **/3 points**

Question 4 :

Quelles sont les modalités de sortie d'un patient hospitalisé en service MCO ? **/3 points**

Question 5 :

Qu'est-ce que l'Identité Nationale de Santé (INS) et quelle est son utilité ? **/2 points**

Question 6 :

Quels sont les principaux rôles de la Commission Médicale d'Établissement (CME) dans la gouvernance hospitalière ? **/2 points**

Question 7 :

Les établissements de santé sont-ils tenus de réaliser une évaluation régulière de la satisfaction de leurs usagers ? **/2 points**

Question 8 :

La santé mentale est la Grande cause nationale 2025. Détaillez 2 des 4 objectifs prioritaires autour de cette question qui touche presque 1 Français sur 5 **/2 points**